

Les Paralysies faciales
dans les parotidites suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LONG

Né le 24 Juillet 1906, à ALBY (Haute-Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

**LES PARALYSIES FACIALES
DANS LES PAROTIDITES SUPPURÉES**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 69

Les Paralysies faciales
dans les parotidites suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LONG

Né le 24 Juillet 1906, à ALBY (Haute-Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X... (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILLARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, président ; WERTHEIMER, assesseur ;
POLOSSON et CIBERT

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
gage de mon amour profond et de mon
infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

A MES JUGES

Qui ont bien voulu faire partie de
notre jury de thèse, nous exprimons
l'expression de notre profonde reconnaissance

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

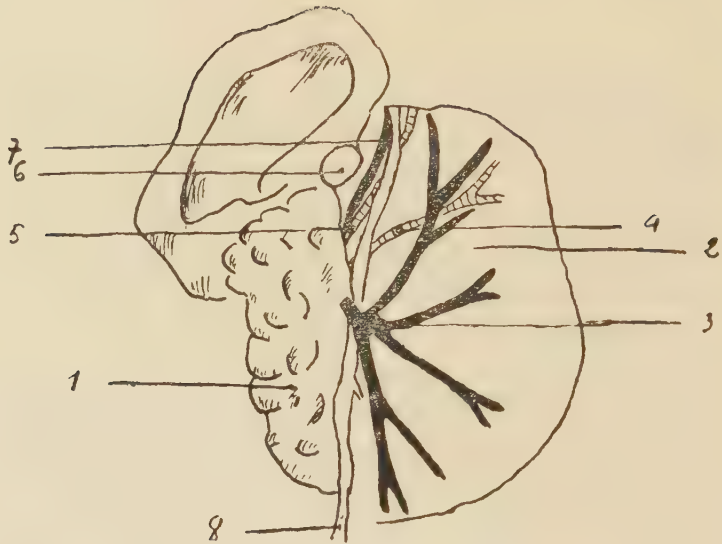
LES PARALYSIES FACIALES DANS LES PAROTIDITES SUPPURÉES

Le nerf facial pénètre dans la parotide aussitôt après son émergence du trou stylo-mastoïdien. Il se porte en bas, en avant et en dehors, arrive sur la face externe de la veine jugulaire externe où il se divise en deux branches terminales. Toujours en dehors de la carotide et de la jugulaire externe, il se rapproche de la surface externe de la glande.

Dans leur trajet intraparotidien, le nerf facial et la partie initiale de ses branches terminales cheminent dans un plan cellulo-fibreux qui divise la glande parotide en deux lobes : l'un superficiel, l'autre profond.

Le facial et ses branches terminales forment un plan nerveux discontinu, à claire-voie, mais très étendu. Les lobes parotidiens se continuent l'un avec l'autre, soit au-dessus du nerf facial qui est ainsi placé entre eux « comme un signet dans un livre dont la reliure serait tournée en haut » (Grégoire), soit par un pont de substance glandulaire qui occupe l'angle de séparation entre les branches temporo-faciale et cervico-faciale du facial. Cette bifurcation s'effectue dans l'épaisseur même de la glande.

Ces rapports intimes du facial et de ses branches avec la parotide expliquent l'atteinte presque fatale du nerf au cours de l'évolution des affections de la parotide et sa blessure facile au cours des interventions sur cette glande.



Région parotidienne

Le lobe superficiel de la parotide a été récliné pour montrer les rapports entre le facial et les lobes profond et superficiel de la glande.

1. Parotide (lobe superficiel).
2. Parotide (lobe profond).
3. Facial.
4. Artère transverse de la face.
5. Artère temporale superficielle.
6. Ganglion lymph. préauriculaire.
7. Nervef auriculo-temporal.

A la différence de ce qui se passe au cours de l'évolution des néoplasmes malins de la parotide, on ne constate que d'une façon exceptionnelle l'apparition d'une paralysie faciale comme complication des accidents inflammatoires aigus de la glande. Le *Journal du Progrès*, en 1829, contient une observation de parotide « putride » siégeant à droite, ayant entraîné une destruction complète de la glande et du nerf et réalisé, par suite, le syndrome typique de la paralysie faciale.

Grisolle, en quelques lignes, trace de ces parotidites une description à laquelle on ne saurait rien ajouter.

« La suppuration se forme toujours de très bonne heure mais emprisonnée au milieu de grains glanduleux, dans un tissu cellulaire serré et bridé par des aponévroses résistantes, elle se réunit difficilement en foyer et elle a quelque tendance à fuser le long du cou. Cette suppuration se fait jour le plus souvent directement au dehors. Quelquefois l'abcès s'ouvre dans le conduit auditif externe. Plusieurs fois j'ai vu des désordres considérables succéder à la suppuration de la parotide ; les grains glanduleux, disséqués par le pus, tombaient sphacelés ; le nerf de la septième paire était compris lui-même en entier ou en partie dans la destruction. Aussi en est-il résulté une paralysie complète ou partielle d'une moitié de la face ».

De même Griesinger, parlant des parotidites typhiques : « Le danger réside surtout, écrit-il, dans la gravité de l'état général qui accompagne cette parotidite ; cependant des désordres très graves peuvent en être

le résultat : c'est ainsi qu'elle peut amener... la paralysie du facial ».

Gillette écrit également :

« Si les abcès parenchymateux sont multiples, disséminés, n'ont pas nécessité d'incisions profondes et n'ont pas été suivis d'élimination de la glande, il est probable dans ce cas, quand bien même il y a atrophie consécutive de la parotide, qu'on ne trouvera pas trace de paralysie faciale. Mais dans les exemples de suppuration complète de la glande et de mortification de son parenchyme la destruction partielle ou totale du nerf facial est inévitable ».

Nous relatons ci-dessous les observations que nous avons pu retrouver, nous réservant de tirer des faits recueillis les conclusions qui, jusqu'ici, nous paraissent avoir été négligées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur PATEL)

(*Lyon Chirurgical*, mars-août 1931)

Jeune femme, 23 ans, opérée fin août 1929 pour appendicite aiguë. Pas de pus dans l'abdomen.

Cinq jours après intervention vives douleurs dans région parotidienne et développement d'une tuméfaction très rapide à ce niveau. Le diagnostic de parotidite était évident.

Cette douleur, particulièrement forte, dura plusieurs jours. La peau devint vite rouge. Deux petites incisions furent pratiquées, l'une à la face externe de la mastoïde, l'autre au-dessous de l'angle de la mâchoire. Il s'écoula un peu de pus. Les jours suivants l'écoulement s'accrut et une fusée purulente se produisit du côté de la paroi latérale externe du pharynx et du conduit auditif externe qui s'ulcère et laisse encore s'écouler du pus dans la bouche et par l'oreille. C'est vers le dixième jour de cette suppuration qu'une paralysie faciale périphérique complète apparut. La suppuration continua plus d'un mois encore et se termina par l'élimination au niveau des incisions prati-

quées de débris sphacelés abondants représentant certainement la presque totalité de la glande salivaire. A la fin de cette suppuration apparut en plus de la paralysie faciale une paralysie du nerf spinal.

Après des manifestations locales aussi graves et aussi prolongées on pensait que la paralysie faciale était définitive en raison de la gracilité du nerf qui aurait baigné un mois et demi dans un magmas purulent hautement infectieux. Cette paralysie faciale commença à s'atténuer après quatre mois. De légers courants continus avaient été pratiqués.

La paralysie du spinal mit plus longtemps à disparaître. Aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre et cette jeune fille ne conserve qu'une légère déviation de la lèvre inférieure, ce qui ne la défigure nullement.

OBSERVATION II

(VERGNORY)

Jeune homme de 20 ans, opéré pour abcès appendiculaire avec phénomènes infectieux graves.

Deux jours après l'opération une parotidite apparut, et quatre jours après une paralysie faciale survint.

Cette paralysie faciale persista pendant six mois et guérit complètement.

OBSERVATION III

(P. BONNET)

Malade de 57 ans, castration totale le 4 mai 1927 pour énorme fibrome.

Au sixième jour, apparition d'une parotidite suppurée gauche d'une extrême gravité. Ce fut une forme gangréneuse disséquante qui eut successivement des prolongements latéro-pharyngés et sous-occipitaux qui nécessitent des interventions multiples.

Vers le quinzième jour apparut, alors que la loge se vidait des tissus sphacéliques, une paralysie faciale. Le malade guérit de sa parotidite. La déviation de la face était alors à son maximum, ce qui laissait penser que la paralysie faciale serait définitive. Au bout de huit mois, grande amélioration qui aboutit en quinze mois à une guérison complète.

OBSERVATION IV (*Résumé*)

(In *Journal du Progrès des Sciences*)

Homme de 71 ans. Parotidite putride droite avec complète destruction de la glande et du nerf, donnant le tableau typique de la *paralysie faciale*.

OBSERVATION V (*Résumé*)

(In GILLETTE)

Gangrène de la parotide gauche avec dissection pathologique de la région parotidienne : *hémiplégie fa-*

*cial*e prononcée limitée à la branche inférieure de ce nerf et qui était antérieure à l'incision pratiquée; hémorragies répétées.

OBSERVATION VI (*Résumé*)
(In GILLETTE)

Malade ayant « éliminé une portion de la glande » avec hémorragies graves. Mort. La paralysie faciale n'est pas explicitement mentionnée ; elle se déduit avec vraisemblance du contexte.

OBSERVATIONS VII et VIII (*Résumés*)
(In GRIESINGER¹)

Se borne à la mention suivante : « J'ai observé ce dernier accident (la paralysie faciale) sur deux malades femmes, et, dans les deux cas, il y eut rétablissement complet de la fonction.

OBSERVATION IX
(In SAINT-PAGET)

Ulcère de l'estomac (?) : parotidite; guérison.

Une dame âgée de 36 ans, de faible constitution, souffrant de vaginite et d'hémorroïdes enflammées avec deux petites ulcérations (provenant d'un séjour

prolongé au lit), présente brusquement les symptômes d'un ulcère aigu de l'estomac; l'opium et l'alimentation par voie intestinale soulagent la malade qui reste néanmoins dans un état de grande faiblesse physique et mentale.

Deux ou trois semaines plus tard, la parotide gauche s'enflamme et suppure; un large abcès se forme qu'on ouvre en deux endroits. Cette opération fut suivie d'une *considérable paralysie faciale gauche*. La malade n'a jamais complètement recouvré la santé de l'esprit ni du corps. La paralysie a diminué.

OBSERVATION X (In *Thèse* PERROT)

Parotidite gauche (streptococcique) survenue chez un enfant, cinq jours après la naissance; il y a *un peu de paralysie faciale*; deux jours après, ouverture spontanée dans le conduit auditif et incision chirurgicale; trois jours plus tard les téguments de la région parotidienne ont repris leur coloration normale: « toute trace de paralysie faciale a disparu ». Trois semaines après, guérison complète.

OBSERVATION XI (In *Thèse* PERROT)

Infection générale par le staphylocoque chez un nouveau-né. Parotidite. Arthrite temporo-maxillaire; ostéo-périostite phlegmoneuse de l'extrémité in-

*férieure du fémur droit. Broncho-pneumonie.
Mort.*

22 janvier. — Naissance à terme (forceps); excoriation à la région pariétale droite.

23 janvier. — *Légère paralysie faciale droite.*

1^{er} février. — Parotidite droite avec rougeur et tuméfaction de l'orifice du canal de Sténen; *réapparition de la paralysie faciale de ce côté.*

2 février. — Incision, issue de pus crémeux et de liquide séro-purulent; le gonflement diminue un peu les jours suivants; la paralysie faciale persiste.

5 février. — Deuxième abcès au devant de la première incision.

6 février. — La paralysie faciale a légèrement rétro-cédé.

8 février. — Mort après l'évolution d'une collection de la cuisse droite.

OBSERVATION XII

(In *Thèse BOSSERT*)

Parotidite infectieuse très grave suppurée, accompagnée de paralysie faciale totale, dans la convalescence d'une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Guérison.

16 janvier. — Opération; cholécystectomie.

20 janvier. — Signes de parotidite gauche.

Deux jours après: incision basse, pas de pus collecté.

Deux jours après : *paralysie faciale* et dans les jours qui suivent collection de pus derrière l'oreille.

29 janvier. — La température tombe.

20 mars. — La cicatrisation est terminée mais la paralysie faciale persiste et est soumise au traitement électrique.

22 juillet. — La paralysie faciale est améliorée.

Octobre. — La paralysie faciale persiste seulement au niveau du facial supérieur (orbiculaire et frontal).

OBSERVATION XIII

(In *Thèse PELLE*)

Appendicite; appendicectomie; parotidite gauche suppurée; incision; guérison.

Appendicite suppurée opérée le 1^{er} avril ; suites normales jusqu'au 6. Le 6, la température passe de 37° à 38°4; le 7, température à 39°5; parotidite gauche, tandis que le pied et le mollet droits deviennent le siège d'une tuméfaction marquée. Cette tuméfaction du membre inférieur est passagère et disparaît tandis que se montre une tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Celle-ci ne dure que deux jours. Pendant ce temps, la tuméfaction parotidienne s'accroît tandis que la température oscille autour de 38°5. *Il y a de la paralysie faciale gauche.*

Le 11 avril, trois petites incisions sont faites dans la région parotidienne. Il s'écoule une quantité de pus assez notable, bien lié, à staphylocoque pyogène.

Le 12 avril, température à la normale. Cicatrisation régulière de la plaie abdominale et des plaies parotidiennes.

Le 25 avril, température à 38°, tuméfaction au mollet gauche paraissant siéger sous le soléaire, douloureuse à la pression; pas d'adénite crurale; cède en deux jours aux pansements humides.

Revu en août en parfait état... La région parotidienne a repris sa souplesse et son volume. Toute trace de paralysie faciale a disparu.

OBSERVATION XIV

(In LOISON)

P..., 4^e zouaves, est atteint depuis le 5 juillet de fièvre typhoïde à forme adynamique.

6 août. — Gonflement de la région parotidienne droite.

8 août. — Une incision horizontale est faite au niveau d'un foyer de fluctuation occupant le prolongement antérieur de la parotide, il sort du pus épais.

10 août. — Deux incisions verticales séparées permettent d'ouvrir deux foyers purulents, l'un à la partie supérieure de la glande, l'autre à la partie inférieure; le premier a le volume d'un œuf de pigeon.

23 août. — La région parotidienne qui avait commencé à s'affaïsser les jours précédents est à nouveau fortement tuméfiée. Avec la sonde cannelée plongée

dans l'incision inférieure, on ouvre un foyer nouveau qui donne une cuillerée à café de pus crémeux.

27 août. — La région parotidienne droite reste toujours tuméfiée et indurée. L'amygdale droite est saillante et refoulée vers la ligne médiane ; *parésie de la joue droite*.

« On prolonge en bas et un peu en arrière la petite incision faite antérieurement à la partie inférieure de la tige entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien et le bord postérieur du maxillaire. L'aponévrose incisée, on fore un puits dans la glande avec la sonde cannelée et on ouvre un foyer du volume d'un gros œuf de pigeon, occupant le prolongement pharyngien. Le petit doigt introduit fait sortir une grande quantité de pus et explore la cavité qui s'étend, en avant jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur, en arrière jusqu'à la paroi antérieure de la colonne vertébrale, en dedans jusque sous l'amygdale, en haut jusqu'au conduit auditif et en bas dépasse un peu le niveau de l'angle de la mâchoire ».

29 août. — La parésie de la joue droite persiste.

31 août. — Les plaies suppurent moins ; la région parotidienne est redevenue souple ; *la paralysie faciale a diminué* ; le malade n'a plus de fièvre.

16 septembre. — Les plaies sont cicatrisées et *la paralysie faciale a presque complètement disparu*. Sortant.

OBSERVATION XV
(In LAURENT-MOREAU)

Le 14 novembre 1916, premier accès paludéen de douze jours, à Monastir : évacuation.

Parotidite double suppurée à Salonique; double incision; hémorragie secondaire qui oblige à pratiquer une double ligature de la carotide externe.

Rapatrié fin décembre ; fièvre élevée; suppuration abondante à droite; *paralysie faciale droite* ; pouls à 100, suintements sanguins persistants à droite ; hémorragies intermittentes exigeant la pose d'une pince à demeure ; cicatrisation progressive; fistule persistante et *paralysie faciale stationnaire* quand le malade est évacué.

OBSERVATION XVI
(M. le Professeur SEBILEAU)

M. le Professeur Sebileau la signale en ces termes :

« Malade opéré de l'appendicectomie à froid. Tout s'était bien passé localement, la plaie abdominale n'avait pas suppuré. Mais, depuis quelques jours, une tuméfaction douloureuse, accompagnée de fièvre, avait apparu sur le côté droit de la joue, dans le voisinage du pavillon de l'oreille. Elle s'était étendue aux régions voisines et avait formé abcès; cet abcès s'était

ouvert dans le conduit auditif. Le chirurgien avait conseillé à son opéré de réintégrer son domicile et de faire appel à mes soins.

« Je trouvai la malade dans un assez triste état. Un énorme gonflement, recouvert d'une peau rouge, violacée sur quelques points, occupait toute la région parotidienne, avec tendance à descendre dans le cou et à gagner la nuque. Elle était mollassse, œdémateuse, fluctuante par places. Elle venait, en avant, jusqu'au voisinage de la commissure labiale et, en haut, atteignait la région temporale. Elle faisait, d'autre part, saillie dans le pharynx, où l'on voyait du pus épais s'écouler, sous l'influence de la pression, par un orifice assez large.

« Deux autres ouvertures s'étaient faites spontanément sur la région où siégeait le processus phlegmoneux : l'une un peu en avant et au-dessous du tragus, l'autre en arrière de l'angle mandibulaire. Dans le conduit auditif on en voyait une troisième. Par chacune d'elles l'on faisait sortir, par expression, du pus épais, peu abondant, mêlé à de longs lambeaux de tissu sphacélé. Du pus venait aussi, quand on comprimait la joue, par l'ostium du canal de Sténon.

« Il s'agissait donc là d'une parotidite totale accompagnée de périparotidite. Une *paralysie faciale* complète homolatérale authentifiait, d'ailleurs, le diagnostic. Il est inutile d'ajouter que la membrane du tympan était intacte et qu'il n'y avait aucun signe d'infection oto-mastoïdienne. Seul, le conduit auditif contenait du pus. Il n'avait été pratiqué sur le foyer inflammatoire aucune incision chirurgicale.

« L'état général de la malade était sévère ; cependant, il ne paraissait pas en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions locales.

« Je me contentai d'élargir les ouvertures par lesquelles le pus et le parenchyme parotidien sphacélé s'étaient frayé voie vers l'extérieur et je fis pratiquer dans ce vaste foyer de larges irrigations.

« Sous l'influence de la détersion répétée, la température de la malade, qui était élevée, ne tarda pas à tomber, mais son état général demeura inquiétant pendant quelque temps ; elle continua, en effet, à maigrir malgré le traitement, pendant plusieurs semaines, et arriva à un état de très grande faiblesse.

« Elle finit cependant par triompher de son affection ; mais l'élimination des tissus dura longtemps et il fallut faire des pansements pendant près de deux mois. Au moment de la guérison, la paralysie faciale était encore complète.

« Celle-ci s'atténua progressivement par la suite, j'eus à plusieurs reprises l'occasion d'observer son évolution progressive vers la restitution fonctionnelle ; mais celle-ci ne s'opéra que très lentement. La dernière fois que je vis la malade, deux ans environ après sa guérison, il n'y avait plus que des traces (mais il y en avait encore) de cette paralysie faciale. La mimique du côté de la face qui avait été atteint était plus molle et plus paresseuse. L'orbiculaire des paupières résistait moins bien à l'élévation provoquée de la paupière supérieure. »

Nous pensons que pour interpréter judicieusement les observations précédentes, il y a lieu de ne pas confondre toutes les formes que présente la parotidite aiguë. Cliniquement mis à part les adéno-phlegmons parotidiens, la glande elle-même traduit son inflammation suivant deux modes bien différents. On constate, d'abord, une tuméfaction chaude et douloureuse dont la pression fait sourdre un peu de salive, striée de pus à l'orifice buccal du canal de Sténon, tuméfaction qui a tous les caractères d'une phlegmasie, dont la consistance particulière donne volontiers l'illusion de la fluctuation mais dont l'incision ne livre jamais de pus collecté. Cette forme, qui guérit le plus souvent par la simple expression, s'accompagne des signes généraux habituels au phlegmon. C'est une acinite parotidienne, ascendante le plus souvent, plus rarement hémato-gène; dans beaucoup de cas elle ne dépasse pas ce stade.

Ou bien, sous l'influence de causes variées parmi lesquelles la mauvaise résistance habituelle des sujets joue un rôle incontestable, cette infection fragmentaire, cantonnée aux acini et bridée par les cloisons conjonctives qui les séparent, se transforme en une véritable collection suppurée. Ce sont d'abord de petits foyers limités, du volume d'un pois, d'une noisette, qui, par groupements successifs, augmentent de volume et cherchent à se faire jour au dehors : à la peau souvent, dans le conduit auditif externe plus fréquemment encore. Dans cette forme, il n'est pas rare de voir la région parotidienne présenter plusieurs saillies violacées ouvertes spontanément ou réclamant le

bistouri, séparées par des intervalles de peau relativement intacte, un véritable clapier parotidien. Si le processus n'est pas enrayé, la glande en totalité se laisse envahir, ses éléments intrinsèques et les organes qui la traversent sont atteints et succombent ; on assiste même parfois à un véritable évidement par élimination gangréneuse de la loge parotidienne.

Cette description succincte est celle de formes qui, dans l'évolution d'une parotidite, peuvent évidemment se succéder mais qui, le plus souvent, répondent à des cas très différents ; la forme extrême, gangréneuse, se déclare volontiers d'emblée sans passer au préalable par la forme d'acinite inflammatoire puis suppurée. Elle est, d'ailleurs, exceptionnelle, en regard des cas de sphacèle plus ou moins étendu qui sont de constatation courante et se réparent assez bien.

La paralysie faciale, en outre, si elle est inévitable dans les cas de parotidite gangréneuse, diffuse, par destruction du nerf, n'est pas l'apanage des formes suppurées, à foyers multiples, à sphacèle partiel. On la rencontre aussi souvent dans les formes d'acinite banale.

L'incision a, naturellement, été invoquée comme cause déterminante de la paralysie faciale. Il est possible qu'elle en soit responsable mais l'expérience infirme cette pathogénie simplificatrice à l'excès. J.-L. Petit, déjà, écrivait : « Ce qui pourrait faire croire que cette difformité n'est pas causée par la section des nerfs, c'est que j'ai envoyé quelques-uns de ces malades à Bourbon et à Barèges qui sont revenus guéris ; d'où l'on pourrait présumer que l'accident dont il s'agit dépend plutôt de la maladie que de l'incision ».

Dans la plupart de nos observations, la *restitutio ad integrum* est nettement indiquée. Bien plus, nous avons vu parfois que la paralysie se manifestait avant toute incision de la région parotidienne, ce qui se concilie mal avec une section opératoire.

Quelle pathogénie invoquerons-nous ? Sans doute, la compression ou mieux « une infection légère déterminant un œdème interfasciculaire » (Raby).

Les paralysies faciales ont été rarement signalées dans les suppurations parotidiennes. Les traités classiques en font à peine mention. Il est curieux de constater la résistance des filets nerveux au milieu d'une suppuration putride. Le nerf n'est nullement détruit mais simplement comprimé par les lobes parotidiens infectés, ou par de l'œdème produit dans la gaine du nerf.

CONCLUSIONS

I. — Les rapports intimes du nerf facial et de ses branches avec la parotide expliquent l'atteinte presque totale du nerf au cours de certaines affections de cet organe (cancer, suppuration).

II. — Alors que les paralysies faciales sont courantes dans le cancer, elles sont rarement observées dans les affections suppurées.

III. — Dans nos observations de parotidite suppurée, la paralysie faciale a été vue toutes les fois. Le nerf facial n'est nullement détruit mais simplement comprimé par les lobes parotidiens infectés ou par l'œdème produit dans la gaine du nerf.

IV. — Quoi qu'il en soit il n'y a pas lieu de porter un pronostic mauvais en présence d'une paralysie faciale survenant au cours d'une parotidite suppurée.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	PATEL.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 7 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- J.-L. PETIT. — Œuvres complètes, éd. 1937, t. I, p. 395.
Journal du Progrès des Sciences et Institutions médicales en Europe, en Amérique, 1829, 4^e volume, t. XVI.
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne, 1869, t. I, p. 327.
- GILLETTE. — *Union Médicale*, 1872, t. XIV, p. 202.
- GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, trad. Lemattre, 2^e édit., 1877, p. 314.
- PAGET. — Inflammations secondaires de la parotide, p. 732.
- PERROT. — Infection de la glande parotide chez le nouveau-né. *Thèse Paris*, 1901.
- BOSSERT. — Contribution à l'étude des parotidites infectieuses. *Thèse Paris*, 1902-03.
- CHAVANNAZ. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1905, p. 117.
- PELLÉ. — Parotidite et laparatomie. *Thèse Bordeaux*, 1907, p. 117.
- MORESTIN. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1907, p. 1031.
- LOISON. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1907, p. 1031.
- LAURENT-MOREAU. — *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 12 octobre 1916, p. 1027.

- BESSARD (Jean). — Contribution à l'étude de parotidites typhoïdiques. *Thèse Toulouse*, 1918-19.
- RABY (Albert). — Les complications des parotidites phlegmoneuses. *Thèse Paris*, 1921-22.
- BONNET-ROY. — Paralysie faciale et parotidite aiguë. *Ann. des Mal. de l'Oreille et du Larynx*, etc. Paris, 1923, XLII, p. 160.
- COLLEUR et RABINOVITCH. — Polyncuritis quadriplegia with bilateral facial paralysis. *Arch. Int. Méd.*, janvier 1928, p. 61-65.
- MORETTI. — Bilateral peripheral paralysis of facial nerve from epidemic paratiditis case. *Gaze. des Osp.*, 29 avril 1928, p. 524.
- NINI. — Facial paralysis following parotiditis due to typhoid bacillus case. *Ann. des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, nov. 1926, p. 1048.
- VOISIN et PAISSEAU. — Paralysie faciale périphérique d'origine ourlienne. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 1909, XI, p. 477-481.

TABLE DES MATIERES

Observations	13
Conclusions	29
Bibliographie	31



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° 05 00 00 LYON 00 00 00 °°



